

Sociální kontext postojů k řešení neplodnosti

Slepičková, Lenka; Fučík, Petr

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Slepičková, L., & Fučík, P. (2009). Sociální kontext postojů k řešení neplodnosti. *Sociologický časopis / Czech Sociological Review*, 45(2), 267–290. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-68537>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Sociální kontext postojů k řešení neplodnosti*

LENKA SLEPIČKOVÁ, PETR FUČÍK**

Institut pro výzkum reprodukce a integrace společnosti,
Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity, Brno

The Social Context of Attitudes towards Various Infertility Strategies

Abstract: Infertility is a problem that affects around 15% of Czech couples of reproductive age. Using data from the survey 'Marriage, Work, Family' the objective of this analysis is to identify the attitudes that Czech men and women maintain towards various strategies for overcoming infertility (adoption, different forms of assisted reproduction) and the factors that influence and shape these attitudes. The first part of the analysis looks for the determinants behind attitudes towards adoption and assisted reproduction in the respondent's external characteristics. For example, education and religion were found to have a significant influence. More educated respondents are more open to methods of assisted reproduction; religious respondents are more open to adoption. In terms of inner determinants (the respondent's attitude patterns) the authors, building on the preference theory proposed by Catherine Hakim, found a preference effect among women. The findings are seemingly paradoxical: of three groups of women (work-centred, home-centred, and adaptive) it is work-centred women (and the partners of work-centred women) who are most likely to take various infertility strategies into consideration. The third part of the analysis – an analysis of the external determinants of attitudes towards infertility strategies – revealed that in some cases attitudes are influenced by the characteristics of the partner more than by the respondent's own characteristics – in particular, the woman's attitudes are shaped more by the characteristics of her partner than by her own characteristics.

Keywords: infertility, solutions to infertility, adoption, assisted reproduction, parenthood, Czech Republic.

Sociologický časopis/Czech Sociological Review, 2009, Vol. 45, No. 2: 267–290

Úvod

Mezi nejvýznamnější demografické trendy v české populaci v uplynulých patnácti letech patří kromě poklesu celkové plodnosti také změna její věkové struktury. Dochází k tzv. stárnutí plodnosti – průměrný věk prvorodiček roste (z 22,5 v roce

* Tato stať vznikla s podporou Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy – výzkumný záměr „Reprodukce a integrace společnosti“ (MSM002 1622408).

** Veškerou korespondenci posílejte na adresu: Mgr. Petr Fučík, Mgr. Lenka Slepíková, Institut pro výzkum reprodukce a integrace společnosti, Fakulta sociálních studií MU, Joštova 10, 602 00 Brno, e-mail: fucik@fss.muni.cz, lenka.slepickova@gmail.com.

1992 na 27,1 v roce 2007) – a k nárůstu plodnosti žen ve věku nad 30 let (a naopak k poklesu plodnosti u žen mladších 28 let) [Český statistický úřad 2008]. Čas pro realizaci rodičovství se vzhledem ke snižující se plodnosti žen ve vyšším věku zkracuje. Vedle stárnutí plodnosti je za hlavní příčinu rostoucího počtu párů, vyhledávajících specializované lékaře kvůli problémům s početím, označován nárůst výskytu androgenních příčin neplodnosti (zejména pokles počtu a kvality spermií). Tyto dva vlivy se často násobí: i v případě, že je žena (zatím) normálně plodná, má pár v situaci, kdy je nalezena příčina neplodnosti u muže, jen omezený čas pro hledání cest k početí dítěte.

Lékaři v následujících letech očekávají nárůst výskytu všech faktorů, které plodnost ohrožují – u žen jsou to pohlavní choroby, endometrióza, anovulace, poruchy příjmu potravy a obezita, u mužů poruchy tvorby a kvality spermatu. Poroste také počet vyléčených onkologických pacientek a pacientů v reprodukčním věku, pro které je v důsledku léčby obtížné počít potomka z vlastních pohlavních buněk [Mrázek 2006]. Významný vliv na počet neplodných párů má také věková struktura české populace – silné ročníky potenciálních matek, narozených v 70. letech minulého století, svou plodnost ještě nerealizovaly – 28 % českých třicátnic bylo v roce 2006 bezdětných [Český statistický úřad 2008]. Dá se předpokládat, že v budoucnu se stále více párů bude ocitát v situaci, která tvoří trhlinu v moderním konceptu plánovaného rodičovství – pro potomka budou rozhodnutí a budou pro něj mít připraveny všechny podmínky, a teprve, když vstoupí z fáze antikoncepční do fáze koncepční, dozví se o fyzických překážkách, které početí brání nebo je neumožňují.

Způsoby řešení neplodnosti

Spolu s nárůstem počtu neplodných párů se dá očekávat i zvýšení poptávky po způsobech řešení fyzické neplodnosti a nedobrovolné bezdětnosti. Ty mohou být v zásadě dvojí – metody asistované reprodukce, nebo adopce.

Asistovaná reprodukce je v České republice rychle se rozvíjejícím oborem medicíny, který párům nabízí pomoc při početí geneticky vlastního, částečně vlastního (při použití dárcovských spermií nebo vajíčka) nebo zdánlivě vlastního (při použití darovaného embrya) dítěte. Podíl dětí počatých díky různým metodám asistované reprodukce se v České republice odhaduje na 8–10 % ze všech ročně narozených dětí, polovina z nich přišla na svět díky umělému oplodnění, které je nejznámější a nejvíce popularizovanou metodou asistované reprodukce [Kučera 2006]. V roce 2007 bylo v České republice provedeno více než 5000 cyklů umělého oplodnění, toto číslo se každým rokem zvyšuje.¹ Přínos metod asistované reprodukce je pro mnoho neplodných párů významnější než jejich negativa,

¹ Podle nekompletních dat ČTK bylo v roce 2003 provedeno 3215 cyklů umělého oplodnění, o dva roky později už 4395 a v roce 2007 to bylo 5631 cyklů [ČTK 2008].

kterými jsou finanční, časová, fyzická a psychická náročnost léčby a nábožensky a eticky sporné postupy, které jsou v ní zahrnuty.

Ve stínu mediálně často prezentovaných lékařských metod léčby neplodnosti zůstává adopce. Ta se pro mnohé neplodné páry stává poslední volbou, která je aktuální, jedině když lékařské způsoby řešení neplodnosti selžou. Kritici reprodukčních technologií vidí za malou oblibou adopce jako řešení neplodnosti to, že v západní společnosti je za základ pouta mezi rodiči a dětmi považována jejich biologická spřízněnost [Miall 1994; Letherby 2002; Webb, Daniluk 1999]. Rodičovství, které tuto vazbu postrádá, je pak vnímáno jako druhořadé a vysoce rizikové [Hašková, Zamykalová 2006; Wegar 2000; Lorber 1989; Miall 1987]. Podle některých feministických autorek jsou to partneři žen, kteří je nutí podstupovat náročné procedury i v případě, že jsou zcela zdravé a příčina neplodnosti je na mužské straně, proto, aby si zajistili biologicky vlastního potomka [Lorber 1989; Ragoné, Willis 2000]. Jiným zdrojem nátlaku jsou lékaři, kteří sledují svůj vlastní zisk (léčba neplodnosti ve většině zemí není hrazená ze zdravotního pojištění, případně je hrazená jen částečně) a vycházejí z předpokladu, že všichni chtějí využít těch nejvyspělejších medicínských postupů bez ohledu na jejich rizika a finanční, fyzickou i psychickou náročnost [Lorber 1989; Whiteford, Gonzales 1995]. Alternativy k biologickému rodičovství jsou opomíjeny [Ragoné, Willis 2000; Kirkman 2001; van den Akker 2001; Letherby 2002].

Podle Haškové a Zamykalové [Hašková, Zamykalová 2006], které se věnovaly normě rodičovství konstruované v České republice, je příčinou nadřazování biologického rodičovství nad adopci hierarchizace rizik s nimi spojených. Za nejméně rizikové je považováno biologické rodičovství, vzniklé spojením muže a ženy (heterosexuálního páru), pak rodičovství realizované prostřednictvím asistované reprodukce (včetně dárcovských gamet, kdy sice chybí genetická vazba k jednomu nebo oběma rodičům, ale zůstává možnost ovlivnit prenatální vývoj dítěte a zažít těhotenství a porod), a jako vysoce riziková forma rodičovství je popisována adopce. Na úplném konci škály je pěstounství a ne-rodičovství. Této hierarchii odpovídá i zjištění Batsedis [2003], podle níž je i poloviční nebo žádná genetická vazba v případě umělého oplodnění s použitím dárcovských gamet preferována před adopcí. Adopci jako řešení neplodnosti znevýhodňuje totiž i to, že je pro okolí zřejmá a předpokládá se její stigmatizace a spojování s neplodností, která je rovněž stigmatizována. Na rozdíl od asistované reprodukce, jejíž regulace v České republice patří k těm nejmírnějším,² proces adopce podléhá přísným zákonným omezením. Dlouhé adopční procedury a s tím spojené negativní dopady dlouhodobé ústavní péče na vývoj dětí (Česká republika je zemí

² V České republice se provádějí i ty procedury, které jsou v jiných státech zakázány, jako je například selektivní redukce embryí, prenatální diagnostika, mrazení oocytů a embryí, a všechny metody využívající dárcovské spermie, vajíčka nebo embrya. Omezení asistované reprodukce se týká párů, které ji mohou využít (musí se jednat o stabilní heterosexuální pár nebo manžele), věku budoucích rodičů i dárců, anonymity dárců (je přísně vyžadována) a náhradního mateřství, které se v České republice oficiálně neprovádí [Jonas et al. 2007].

s nejvyšším procentem dětí v ústavní péči v Evropě), malý počet dětí dostupných k adopci (v důsledku zákonných úprav, ale také dostupné antikoncepce, potratů a sociální akceptace nemanželských dětí) a jejich problematický původ jsou podle mnoha autorů dalšími příčinami malé obliby adopce [Batsedis 2003; Konečná 2003; Miall 1994].³

Vývoj počtu žadatelů o adopci v České republice neukazuje na pokles ani na výrazný nárůst zájmu v posledních letech. Od roku 2000 do roku 2004 se počet žadatelů pohyboval kolem 2000 ročně [MPSV 2007]. Počet osvojených dětí v poměru k počtu žadatelů klesal (v roce 2000 to bylo 84,1 % a v roce 2004 už jen 51,4 %) [MPSV 2007]. Bohužel nemáme údaje o tom, z jakých důvodů žadatelé usilovali o osvojení, příčinou zájmu o adoptivní dítě nemusí být jen diagnóza neplodnosti.

Náš výzkum

V předchozím textu jsme ukázali, že pro stále více českých párů je otázka, jak se stát rodiči v situaci, kdy je u nich diagnostikována neplodnost, aktuální. Kromě zákonných úprav, které jednotlivé formy rodičovství omezují, závisí jejich volba zejména na otevřenosti jejich postojů ve vztahu k lékařskému řešení plodnosti a k adopci, která souvisí s jejich představou o vlastním rodičovství. První empirickou sondou do těchto postojů jsou data z výzkumu „Manželství, práce, rodina“, který proběhl na konci roku 2005. Dotazník obsahoval sekci otázek věnovaných postojům k asistované reprodukci a adoptivnímu rodičovství.⁴ Sběr dat pro tento výzkum probíhal mezi 2546 respondenty ve 208 místech, která byla vybrána pravděpodobnostní metodou. Zvláštností tohoto výzkumu je párová povaha dat. Pokud respondent(ka) žil(a) v domácnosti s partnerem či partnerkou, dotazování byli odděleně oba.⁵ Takovýchto rozhovorů se uskutečnilo 1680, což znamená, že

³ Alespoň dva z těchto faktorů by se mohly v budoucnu změnit. MŠMT deklarovalo snahu usnadnit přijímání dětí do náhradních rodin, a zlepšit tak situaci, za kterou byla ČR kritizována řadou mezinárodních institucí (OECD, EU, UNICEF) [Středisko náhradní rodinné péče 2006; Bittner et al. 2007; Vláda ČR 2007]. „Poslední kapkou“ byla zpráva ministerstva, zveřejněná v listopadu 2007, ze které vyplývá, že polovina lidí, kteří prošli ústavní výchovou, projde také vězeňským zařízením [MVČR 2007]. Dalším faktorem, který by mohl negativní postoj k adopcím změnit, je celosvětově rostoucí popularita této formy náhradní rodinné péče mezi celebrity a příslušníky vyšších tříd, mezi nimiž se stalo módou zahrnout do rodiny také opuštěné děti, často z nejchudších částí světa.

⁴ Výzkum byl finančně podporován Grantovou agenturou České republiky (GAČR), grant č. 403/05/0800 „Rodina, práce a reprodukční strategie v České republice.“

⁵ Věk respondentů byl kvótně omezen na 20–40 let. První nejčetnější kategorii rodinného stavu tvořily osoby žijící v manželství – polovina respondentů (51,6 % mužů a 51,1 % žen), třetina dotázaných v tomto výzkumu byla svobodných (38,7 % mužů a 34,1 % žen), rozvedených bylo celkem 11,2 % respondentů (9,2 % mužů a 13,2 % žen). Děti měla více než polovina respondentů, více žen než mužů (65 % vs. 56 %). Podle rodinného stavu měly děti nejčastěji osoby žijící v manželství (88 %).

bylo dotazováno 840 partnerských párů. Protože hodláme využít této přednosti výzkumu a mimo jiné se soustředit na párové interakce, do analýzy zahrnujeme pouze párová data.⁶

Postoje k různým řešením neplodnosti byly zjišťovány v baterii otázek zmiňujících opatření, která by pár teoreticky mohl volit, pokud by měl problémy s početím potomka. Celkem bylo respondentům nabídnuto šest položek s možností odpovědi ano (zvažoval/a by danou možnost) a ne (o této možnosti by v případě problémů s početím neuvažoval/a): adopce, inseminace, umělé oplodnění s použitím vlastní spermiie a vajíčka, umělé oplodnění s použitím darované spermiie, umělé oplodnění s použitím darovaného vajíčka, umělé oplodnění s použitím darovaného embrya.

Naše analýza je sondou do postojů populace k různým metodám asistované reprodukce a k adopci a také do faktorů, které tyto postoje ovlivňují. Výzkumný vzorek zahrnuje partnerské páry bez ohledu na jejich aktuální rodičovství nebo případné problémy s početím, dotazovaní muži a ženy pochopitelně neměli tolik informací o jednotlivých metodách asistované reprodukce nebo adopce, jako mají páry, které se s neplodností skutečně potýkají. Naše analýza se tedy nesnaží předpovědět jednání lidí, kteří se potýkají s neplodností, ale zkoumá společenské klima, které ve vztahu k adopci a asistované reprodukci v České republice panuje a v jehož kontextu toto rozhodování probíhá.

První analýza dat ukázala, že postoje českých mužů a žen k asistované reprodukci a adopci, tak jak je zachytilo naše výběrové šetření, neodpovídají předpokladu o výrazné preferenci jakýchkoli forem rodičovství, které zachovávají reálnou nebo jen zdánlivou genetickou vazbu mezi rodiči a jejich potomky nad adopci [Slepíčková 2007]. Nejčastěji voleným způsobem řešení neplodnosti by pro respondenty výzkumu bylo umělé oplodnění s použitím vlastních buněk, ale hned po něm adopce.⁷ Jen třetina respondentů by v případě problémů s plodností byla ochotna uvažovat také o asistované reprodukci s využitím dárcovského genetického materiálu. Preference mužů a žen se přitom významně nelišily, ženy se však ukázaly jako ochotnější zvažovat různé alternativy k přirozenému biologickému rodičovství než muži. Hlavní argument kritiků reprodukčních technologií – ženy podstupují procedury asistované reprodukce na nátlak svých partnerů, kteří jsou více fixováni na biologické rodičovství, by v našich datech oporu nenašel [podrobně viz Slepíčková 2007].⁸

⁶ Tento fakt znamená omezení reprezentativity souboru na kohabituující, či sezdané páry s ženou ve věku 20–40 let, žijící na území ČR.

⁷ Umělé oplodnění s použitím vlastních buněk by volilo 87,5 % žen a 81,6 % mužů, adopci 75,4 % žen a 61,8 % mužů. Umělé oplodnění s použitím buněk dárců by bylo přijatelným řešením pro menší počet respondentů, u všech variant (dárcovské embryo, dárcovské spermiie, dárcovské vajíčko), se jejich proporce pohybovala kolem 30 % [Slepíčková 2007]. Inseminace nebyla do citované analýzy zařazena.

⁸ Výzkumy, pracující s daty o skutečně neplodných párech, však napovídají opak: páry se obvykle snaží o početí potomka medicínskou cestou (včetně využití dárcovských buněk) a adopce je až posledním řešením neplodnosti, voleným tehdy, když všechny ostatní se-

Cíle následující analýzy lze rozdělit do dvou rovin. Jednak nás zajímá pozadí ovlivňující postoje k řešení neplodnosti. Ptáme se, jaké charakteristiky respondentů jsou spojeny s kladným nebo záporným postojem k různým řešením problémů s plodností (adopce, dárcovské buňky, vlastní buňky).

Možné faktory dělíme pro potřeby naší stati do dvou skupin: zajímají nás na jedné straně determinanty postojů, které označujeme jako vnější. V našem případě pracujeme se vzděláním, věkem, náboženským přesvědčením a předchozí rodičovskou zkušeností.⁹

Postoje k řešení problémů s neplodností však nelze zkoumat jen na úrovni demografických charakteristik jednotlivců. Jsou totiž součástí širšího systému hodnot a postojů spojených s představami o rodičovství, o jeho hodnotě, přípustné a nepřípustné podobě a úloze v životě mužů, žen a partnerského páru. Tyto obecnější hodnoty a postoje označujeme jako vnitřní determinanty.

Druhou rovinou našeho zájmu je zachycení párových interakcí těchto charakteristik a postojů. Tento aspekt se prolíná celou analýzou vztahů mezi proměnnými. Pokud se například ptáme, jak je akceptace konkrétních metod řešení neplodnosti ovlivněna vzděláním, bereme v potaz nejen vzdělání respondenta(ky), ale i vzdělání partnera(ky). Zajímá nás tedy, jak charakteristiky jednoho partnera ovlivňují postoje druhého partnera, a naopak.¹⁰

lžou [viz Wegar 2000; van den Akker 2001; Batsedis 2003]. V případě skutečné konfrontace s neplodností tedy aktéři preferují alespoň částečnou nebo zdánlivou biologickou spřízněnost se svými potomky nad adopci. Častější volba adopce respondenty našeho výzkumu může ukazovat na silné hodnotové zatížení takového kroku (adoptovat dítě je považováno za správné a také očekávané jednání lidí, kteří nemohou mít biologicky vlastního potomka), nebo na negativní konotace používání dárcovských buněk v asistované reprodukci. Nejedná se o metody tak známé a propagované, jako je umělé oplodnění s použitím vlastních buněk partnerů.

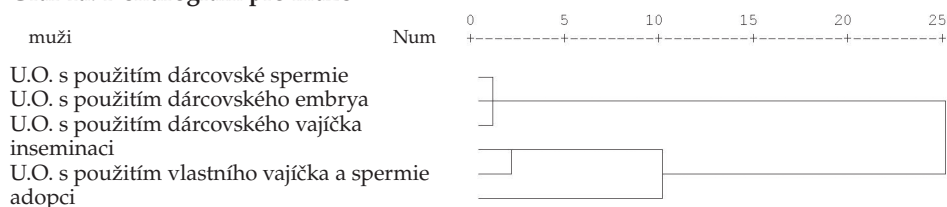
⁹ Pohlaví respondentů do analýzy nevstupuje jako samostatná proměnná, nicméně všechny výpočty jsou prováděny odděleně na ženách a mužích. Pokud používáme srovnání, děje se tak ve dvou rovinách. V agregované podobě mluvíme o mužích a ženách – obě populace však nejsou náhodně vybrány, neboť tvoří páry, proto nezjišťujeme statistickou významnost rozdílů daných pohlavím. V druhém typu výsledků hovoříme o rozdílech či interakcích v jednotlivých párech a zjišťování statistické významnosti rozdílů podle pohlaví opět nemá smysl, neboť přestože hovoříme o rozdílech, jde o jednorozměrnou analýzu – zde je jednotkou analýzy pár.

¹⁰ Je však třeba mít na paměti, že zde nelze aspirovat na objasnění kauzality, neboť můžeme hovořit pouze o korelaci mezi jevy, což je v tomto případě významné. Toto zkoumání párové dynamiky je spíše než zkoumáním vyjednávání mezi partnery (předpokládáme, že většina respondentů o problémech s početím a jejich možném řešení s partnerem nevyjednávala) analýzou souvislostí mezi jejich postoji. Jestliže se názory partnerů podobají, určité typy postojů jsou propojeny korelačně s jinými, otevírá se teprve prostor pro interpretace, které mohou být velmi různé.

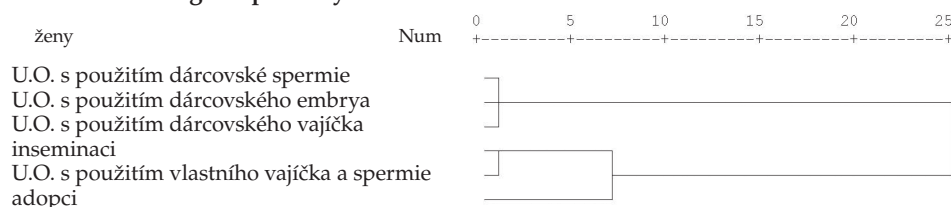
Vnější determinanty postojů k adopci a asistované reprodukci

První část analýzy se vztahuje k baterii otázek, která zjišťovala, zda by respondent(ka) zvažoval(a) jednotlivá řešení, pokud by se potýkal(a) s problémem neplodnosti. Otázka zněla: Pokud byste Vy sám(sama) měl(a) problémy s početím dítěte, zvažoval(a) byste následující řešení? Dotázaným bylo nabídnuto šest možností, vůči každé z nich se měli vymezit souhlasně, či nesouhlasně. Pro prvotní typologizaci různých řešení problémů s neplodností jsme použili shlukovou analýzu. Ta ukazuje silnou podobnost voleb u tří technik asistované reprodukce využívajících dárcovské buňky (vajíčko, spermii nebo embryo). Tyto tři proměnné se shlukují na velmi nízké úrovni. Druhý shluk tvoří ostatní možnosti, k nimž patří i adopce (viz graf 1a, b). Z této vstupní analýzy je také patrné, že v odpovědích dotazovaných mužů a žen jsou dárcovské techniky od metod zachovávajících biologickou vazbu obou rodičů vzdáleny více než adopce a že do preferencí respondentů se výrazně nepromítá povaha dárcovského podílu na reprodukci, tedy skutečnost, zda by se jednalo o darovanou spermii, vajíčko, nebo celé embryo [srv. Slepíčková 2007]. U žen i mužů tedy tvoří jeden shluk opatření s dárcovskými buňkami, druhý shluk bychom mohli rozdělit ještě na dvě nižší kategorie – adopci a opatření s biologickou vazbou obou rodičů. Pro snazší popis determinace voleb těchto opatření používáme tyto tři typy dále v textu. Proměnnými, které zkoumáme jako determinanty postojů k adopci a asistované reprodukci, budou: vzdělání, věk, náboženské přesvědčení a rodičovská zkušenost.

Graf 1a. Dendrogram pro muže



Graf 1b. Dendrogram pro ženy



Pramen: MPR 2005; N (muži) = 362, (ženy) 404; použita Wardova metoda shlukování, bez normalizace.*

* Celkové N je v této analýze ovlivněno počtem chybějících odpovědí. Do analýzy mohli být zahrnuti pouze respondenti, kteří mají platnou odpověď u každé položky výčtu.

Vliv vzdělání na postoje je u většiny sociologických výzkumů základním předpokladem. V rámci naší analýzy předpokládáme, že vzdělanější lidé budou metodám řešení neplodnosti otevřenější, a to zejména u opatření, která zahrnují vyspělé lékařské techniky. Může to mít několik důvodů: mají o nich více informací, méně často trpí předsudky ve vztahu k této oblasti medicíny, kladou větší důraz na „geneticky kvalitní“ potomky, mají více prostředků na úhradu nákladů spojených s asistovanou reprodukcí.

Vzhledem k organizaci sběru dat můžeme postoje k různým řešením problémů s plodností třídit podle vzdělání respondentů samotných i jejich protějšků v páru. Jelikož jde o kategorizované proměnné, zvolili jsme analýzu prostřednictvím kontingenční tabulky a v následujících grafech prezentujeme vždy procento souhlasných odpovědí u otázky, zda by respondent(ka) zvažoval(a) dané řešení neplodnosti. V prvních dvou grafech (graf 2a a graf 2b) jsou zachyceny odpovědi mužů tříděné podle vzdělání jich samotných a následně podle vzdělání jejich partnerek. Statistickou významnost vlivu vzdělání na pravděpodobnost vstřícného postoje k dané metodě jsme testovali vždy testem χ^2 a statisticky významné souvislosti v grafu pro přehlednost označujeme zvýrazněním a rámováním příslušných sloupců.¹¹ U mužů má jejich vzdělání signifikantní vliv pouze na akceptaci umělého oplodnění s použitím vlastního vajíčka a spermie. Přesto, že i u dárcovských metod vidíme systematický vliv, hladina statistické významnosti zde ještě není překročena (viz graf 2a). V třídění podle vzdělání partnerky u mužů žádné věcně důležité vzorce nenalzáme (viz graf 2b).

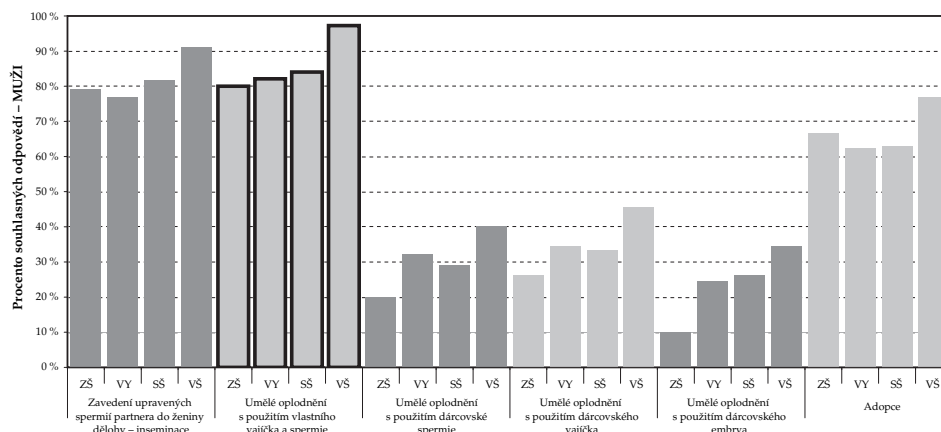
Stejně třídění pro ženy zobrazují následující dva grafy (graf 2c a graf 2d). Statisticky významné souvislosti opět zvýrazňujeme černým rámováním daných sloupců. Vzdělání ženy samotné hraje roli ve dvou případech, jimiž jsou postoje k inseminaci a k oplodnění s použitím dárcovské spermie. Akceptace těchto opatření se vzděláním ženy roste (viz graf 2c). Odpovědi žen, na rozdíl od odpovědí mužů, jsou významně ovlivněny také vzděláním jejich partnera u inseminace a metody s dárcovskou spermií. Vzdělání partnera akceptaci daných opatření zvyšuje, vlivy vzdělání obou partnerů se tedy posilují. Velmi podobný vzorec nalzáme i u ostatních řešení, zde však vinou poměrně malého N již statistika χ^2 nepřekračuje kritickou hladinu významnosti (viz graf 2d).

Další proměnnou, jejíž vliv na postoje k adopci a asistované reprodukci analyzujeme, je věk. Předpokládáme, že mladší respondenti jsou vstřícnější k asistované reprodukci než starší – podobně jako u vzdělání na to může mít vliv obecně větší zkušenost s vyspělými technologiemi a méně předsudků vztahujících se k asistované reprodukci. Naše analýza je v tomto případě omezená povahou výběrového souboru.¹² Máme k dispozici pouze data pro dvě věkové skupiny, 20–29 let a 30–40 let. Jejich postoje se podle našich výsledků liší jen zanedbatelně,

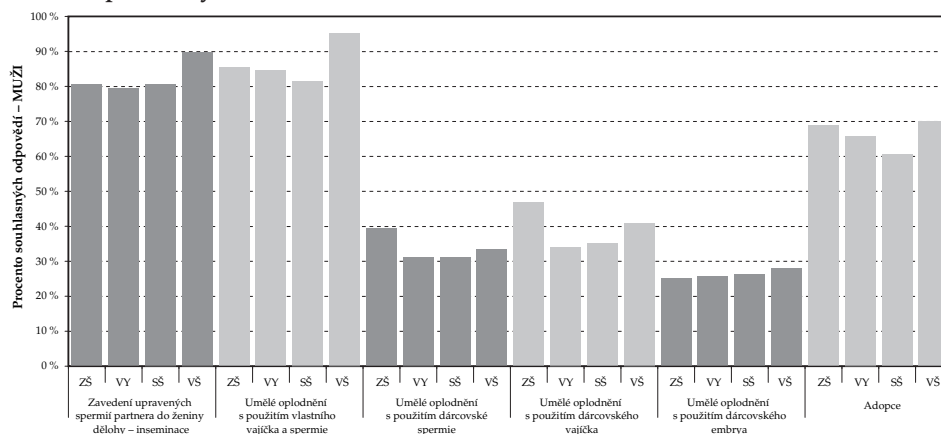
¹¹ Zvýrazňujeme výsledky, u nichž signifikance testu χ^2 pro příslušnou tabulku (vzdělání x akceptace opatření) nepřekročí 0,05.

¹² Vzorek byl konstruován jako věkově specifický pro ženy 20–40 let, muži byli vybráni v návaznosti na ženy (jde o párovaná data), proto jejich věk může tyto hranice přesahovat.

Graf 2a. Akceptace jednotlivých metod – odpovědi mužů v třídění podle jejich vzdělání



Graf 2b. Akceptace jednotlivých metod – odpovědi mužů v třídění podle vzdělání partnerky



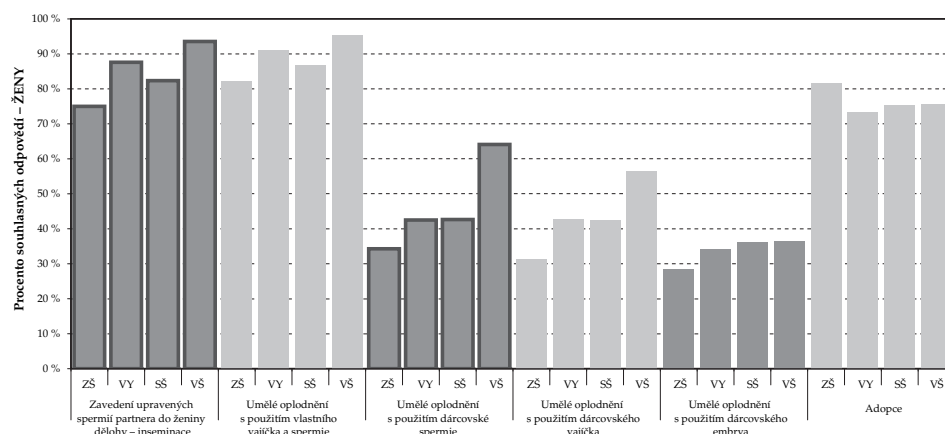
Pramen: MPR 2005.

Poznámka: N = 418 – 695.

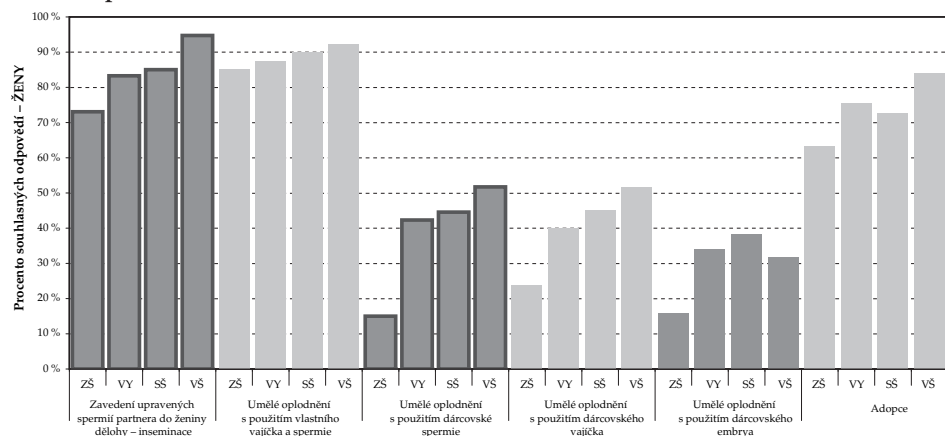
a to jak v oblasti asistované reprodukce, tak v případě adopce.¹³ Respondenti ve věku 20–40 let tvoří z hlediska postojů k adopci a asistované reprodukci homogenní generaci, věk tedy není determinantou rozdílných postojů.

¹³ Rozdíly ve věkových skupinách jsme testovali prostřednictvím statistiky chí kvadrát, která v žádném z testovaných případů nepřekročila kritickou hodnotu. Doplňkovým testem byla korelace věku respondenta(ky) s celkovým počtem zvažovaných řešení neplodnosti. Její hodnota je velmi nízká ($R = 0,05$, resp. $0,03$) a nesignifikanční.

Graf 2c. Akceptace jednotlivých metod – odpovědi žen v třídění podle jejich vzdělání



Graf 2d. Akceptace jednotlivých metod – odpovědi žen v třídění podle vzdělání partnera



Pramen: MPR 2005.

Poznámka: N = 418–695.

Jednou z proměnných, jejichž vliv na analyzované postoje můžeme předpokládat, je vzhledem k tématu výzkumu náboženské přesvědčení. Katolická církev zaujímá výrazně negativní stanovisko ke všem způsobům umělého oplodnění.¹⁴

¹⁴ Katolická církev odmítá všechny způsoby umělého oplodnění. Katechismus katolické církve označuje techniky využívající dárcovských buněk za amorální, protože porušují právo dítěte narodit se z otce a matky spojené manželstvím. I techniky využívající vlastních buněk partnerů zůstávají mravně nepřijatelnými, protože oddělují pohlavní styk od

Lze tedy – také vzhledem k orientaci církve na rodiny a rodinný život – předpokládat, že věřící respondenti budou častěji odmítat všechny formy asistované reprodukce a častěji preferovat adopci než respondenti nevěřící. Religiozita byla v šetření „Manželství, práce, rodina“ zjišťována několika způsoby, v analýze jsme použili otázku: „Jakou roli hraje náboženství ve vašem životě,“ se čtyřmi možnostmi odpovědi: „velmi důležitou, důležitou, nedůležitou a žádnou“. Třídíme-li soubor na dvě skupiny podle odpovědí na tuto otázku, zda je náboženství pro respondenta v jeho životě důležité,¹⁵ zjistíme, že tyto skupiny se významně liší v postoji k adopci a k řešení neplodnosti s využitím dárcovských buněk, jak ukazují grafy 3a a 3b. U mužů je výraznější rozdíl v případě adopce, kdy religiozita její akceptaci zvyšuje (viz graf 3a). Tyto rozdíly nalézáme u žen také, ale v menší míře. Náboženské založení v případě žen více diferencuje jejich postoje k dárcovským metodám, a to předpokládaným směrem. Pokud jde o párovou dynamiku, nalézáme podobný vzorec jako v případě vzdělání – náboženský postoj partnera má na ženinu volbu větší vliv, než postoj jí samotné (viz graf 3b).

První dva grafy opět zobrazují pouze odpovědi mužů, nejdříve podle religiozity jich samotných, potom v třídění podle religiozity partnerky. Významný vliv nacházíme jen u postojů k adopci. Muži, pro něž je náboženství důležité, přijímají adopci jako řešení častěji než muži s vlažným postojem k náboženství. Zároveň se v této otázce u mužů projevuje i vliv religiozity jejich partnerky. Muži s religiózní partnerkou častěji přijímají adopci – zde je rozdíl dokonce o málo větší než v případě religiozity jich samých.

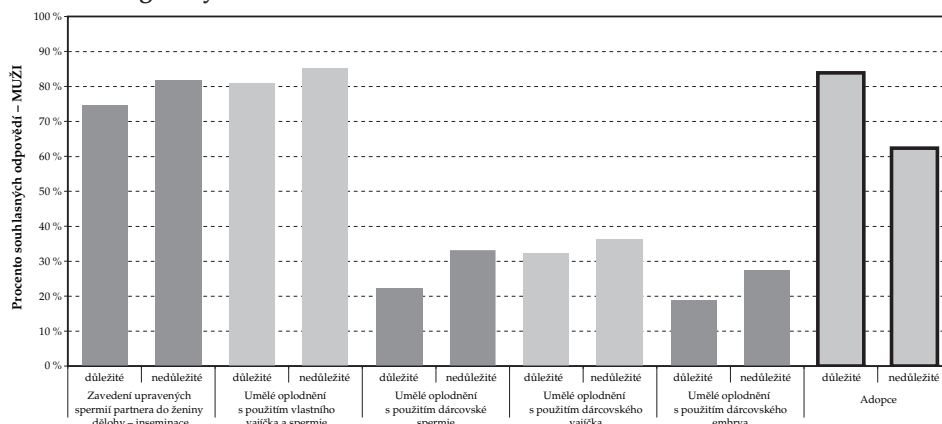
U žen nacházíme při třídění podle jejich postoje k náboženství rozdíly v přístupu k adopci a oplodnění s použitím dárcovské spermie (grafy 3c a 3d). Pokud třídíme odpovědi žen podle religiozity partnerů, zjistíme vliv u oplodnění s použitím dárcovské spermie, vajíčka i embrya (viz graf 3d). Ženy s nábožensky založenými partnery tedy signifikantně častěji odmítají všechny lékařské metody s dárcovským podílem, přestože jejich vlastní religiozita na tyto postoje nemá tak výrazný vliv (viz graf 3c).

Rodičovská zkušenost by měla postoje k řešení neplodnosti také výrazně ovlivňovat, směr tohoto vlivu je však těžko odhadnutelný: lidé s dětmi si dovedou představit obě varianty – život bez dětí a život v rodině, jejich postoje jsou tak více založeny na konkrétní zkušenosti s rodičovstvím, a to na vlastní a častěji i na zprostředkované (předpokládáme, že lidé s dětmi se častěji setkávají se sobě podobnými a naopak). Zároveň však pro ně může být představa neplodnosti a usilování o početí vzdálenější, vlastní děti už mají. Zkušenost s navazováním a povahou rodičovského vztahu se však může také výrazně promítnout do odmí-

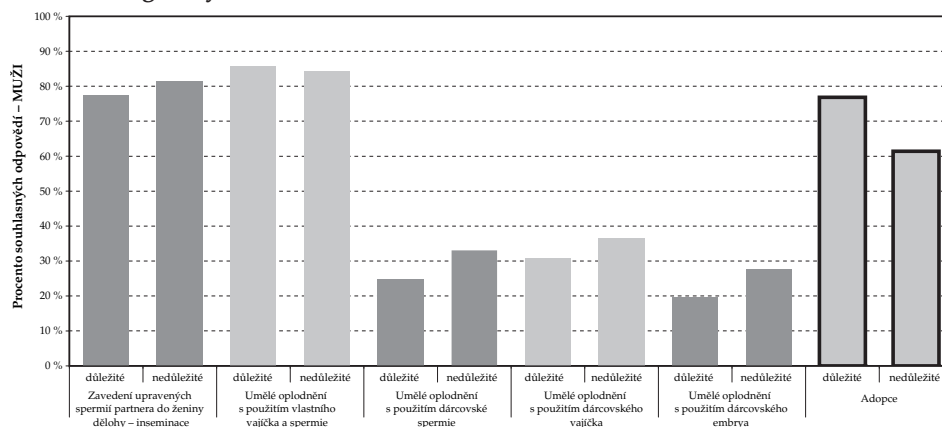
aktu plození a původ a určení lidské osoby podřizují technice [Katechismus katolické církve 1995]. Papežova encyklika „Evangelium života“ z roku 1995 odmítá pokusy s lidskými embryi a veškeré formy umělého oplodnění jako zločiny proti lidské důstojnosti [Jan Pavel II. 1995].

¹⁵ Zastoupení této skupiny v souboru je 11 % u mužů a 14 % u žen.

Graf 3a. Akceptace jednotlivých metod – odpovědi mužů v třídění podle jejich religiozity



Graf 3b. Akceptace jednotlivých metod – odpovědi mužů v třídění podle partnerčiny religiozity



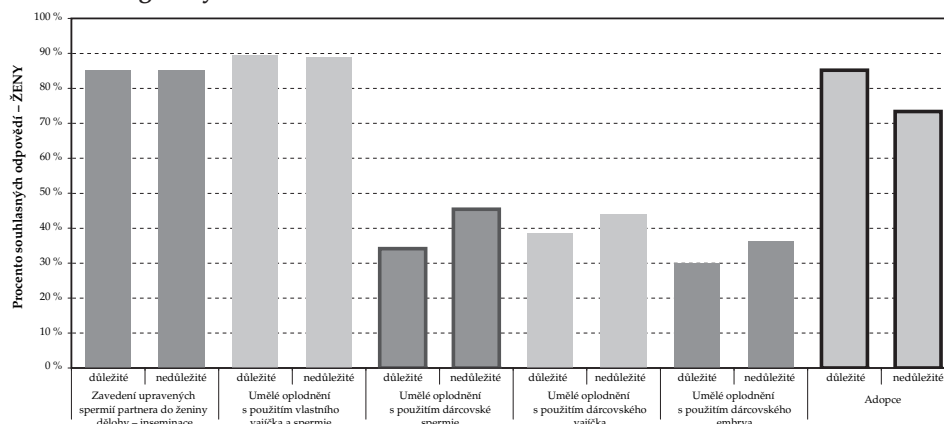
Pramen: MPR 2005.

Poznámka: N = 418–695.

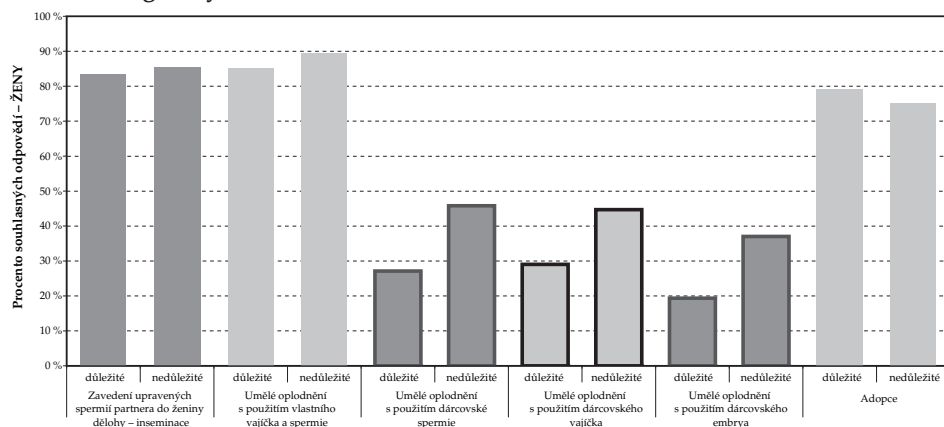
tání nebo přijímání adopce jako způsobu řešení neplodnosti. Z výsledků analýzy je však patrné, že lidé bez dětí odpovídají téměř stejně jako lidé s dětmi, a to ve všech třech typech opatření.

Shrneme-li vliv jednotlivých charakteristik respondentů na jejich akceptaci metod řešení neplodnosti, můžeme říci, že je to pouze vzdělání a vztah k náboženství, které dílčím způsobem tyto odpovědi ovlivňují. Při zkoumání párových interakcí bychom mohli říci, že zejména vzdělanostní úroveň muže, ale i jeho postoj k náboženství působí „napříč“ vztahem a ovlivňuje volbu řešení

Graf 3c. Akceptace jednotlivých metod – odpovědi žen v třídění podle jejich religiozity



Graf 3d. Akceptace jednotlivých metod – odpovědi žen v třídění podle partnerovy religiozity

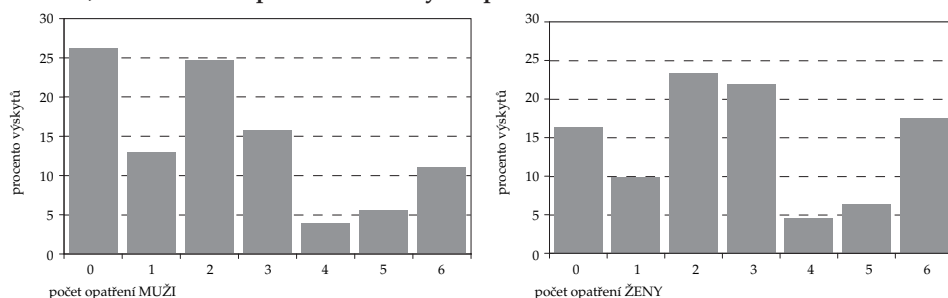


Pramen: MPR 2005.

Poznámka: N = 418–695.

u partnerky. Opačně však tento vztah neplatí a u mužů nenalézáme difference v postojích podle vzdělání či vyznání partnerky.

Jiný způsob analýzy nabízí pohled na kumulativní aspekt voleb. V dendrogramu na začátku analytické kapitoly (viz graf 1) jsou rozlišeny tři kategorie řešení neplodnosti, podle toho, jak se shlukují v odpovědích dotázaných mužů a žen. Již zde získáváme hrubý obrázek o tom, které volby se vyskytují zároveň. Pokud někdo akceptuje/neakceptuje oplodnění spermií od dárce, odpovídá často stejně i v případě použití dárcovského vajíčka či embrya. Lidé akceptující inseminaci také

Graf 4a, 4b. Rozložení počtu zvažovaných opatření

Pramen: MPR 2005.

Poznámka: N = 838.

častěji přijímají umělé oplodnění s použitím vlastních buněk. Nyní se budeme dále zabývat tím, kolik metod respondenti akceptují a na čem tyto postoje závisí. Volby v baterii možných řešení neplodnosti jsou omezeny na souhlas či nesouhlas, sečtením kladných odpovědí získáme proměnnou, jejíž rozložení a průměrné hodnoty můžeme srovnávat u různých skupin jako ochotu podstoupit různé procedury (ať už medicínské, nebo právní), které zvyšují šanci na rodičovství.

Rozložení těchto četností prezentuje graf 4a, 4b. Přibližně čtvrtina mužů a 15 % žen odmítají jakékoliv nabízené řešení problému s neplodností. Pouze jedno řešení volí muži i ženy přibližně stejně (12,9 %, resp. 9,9 %). Dvě a více řešení by podle svých slov zvažovalo 60,9 % mužů a 73,7 % žen. Ženy také častěji akceptují všechna nabízená opatření (17,5 % oproti 11,0 %).

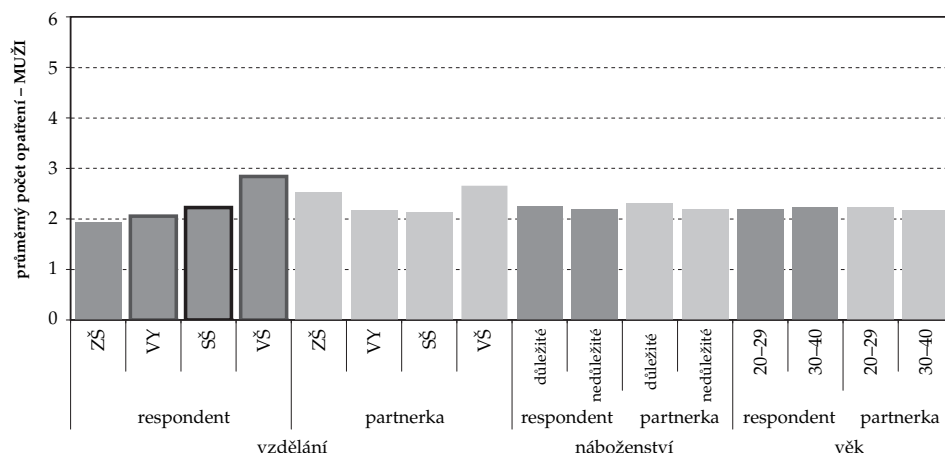
Pokud se vrátíme k párovým datům, můžeme vypočítat rozdíl počtu opatření, které by zvažovala žena a muž v páru. Zjistíme tak, že ve 40 % volí žena více opatření než muž. Ve 42 % je rozdíl roven nule, oba tedy volí stejný počet možností a v 18 % párů muž akceptoval více metod než jeho žena (partnerka). Vyjádřeno průměry to znamená 2,78 pro ženy a 2,19 pro muže. Průměrný rozdíl je pak 0,6 ve prospěch ženy.¹⁶ Počet zvažovaných řešení mírně roste se vzděláním respondenta (viz graf 5a, 5b). Relativně výraznější nárůst nalézáme u žen, pokud třídíme podle vzdělání jejich partnerů, nikoliv podle vzdělání jich samotných. Je tedy patrné, že čím má žena vzdělanějšího partnera, tím víc opatření by v případě potíží s početím dítěte zvažovala (graf 5a).¹⁷ U mužů tento vzorec chybí, na jejich postoj má silnější vliv jejich vzdělání než vzdělání partnerky. V souvislosti se vzděláním je užitečné použít kontrolní proměnnou, jíž je příjem domácnosti, abychom odlišili vliv ekonomické situace, která se vzděláním obvykle koreluje.¹⁸

¹⁶ Statistickou významnost tohoto rozdílu netestujeme, neboť zde se jedná o srovnání v párech, nikoliv ve dvou náhodně vybraných populacích.

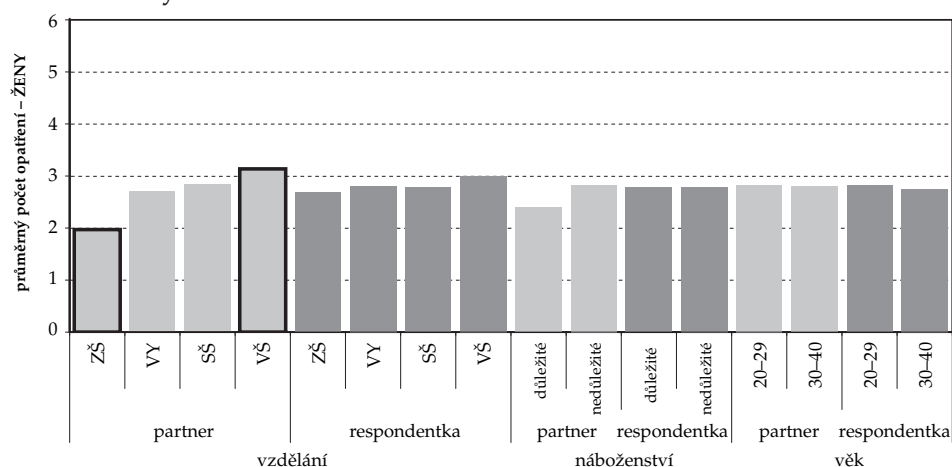
¹⁷ Tyto rozdíly testujeme prostřednictvím neparametrických testů Kruskal-Wallis a Mann-Whitney (pro porovnání jednotlivých kategorií).

¹⁸ Léčba neplodnosti je finančně náročná a tato skutečnost se do postojů může promítnout. Tři cykly umělého oplodnění jsou sice hrazeny ze zdravotního pojištění (s určitým

Graf 5a. Průměrný počet zvažovaných opatření a vliv jednotlivých proměnných – muži



Graf 5b. Průměrný počet zvažovaných opatření a vliv jednotlivých proměnných – ženy



Pramen: MPR 2005.

Poznámka: N=418.

Souvislost příjmových kategorií s počtem zvolených řešení je však velmi nízká a záporná. Příjem tedy v počtu volených opatření nehraje roli skryté příčiny.

věkovým omezením), ale i u těchto hrazených pokusů je obvyklá celá řada doplatků, které se mohou vyšplhat až k desítkám tisíc. Dopláci se jak za léky pro hormonální stimulaci, tak za různé procedury, které úspěšnost umělého oplodnění zvyšují (intracytoplazmatická injekce, prodloužená kultivace embryí atd.).

Vliv náboženství je o něco slabší, než tomu bylo u vzdělání, nalézáme zde však stejný vzorec párové interakce, kdy náboženství muže ovlivňuje ženu více než vyznání jí samotné (viz graf 5b).

Vnitřní determinanty – postoje k rodičovství

Na druhé straně můžeme očekávat determinanty postojů k asistované reprodukci a adopci, které označujeme jako vnitřní. Předpokládáme, že postoje k rodičovství tvoří širší shluk vzájemně provázaných postojových orientací [Rabušic 2001] a náplní této kapitoly bude hledání tohoto kontextu pro postoje k řešení neplodnosti. V dotazníku šetření „Manželství, práce, rodina“ byl rodičovství věnován poměrně rozsáhlý prostor, můžeme tedy využít otázky i z jiných oddílů než toho, který se věnoval problémům s plodností. Na straně postojových determinant řešení problémů s početím tedy použijeme kategorie preferenčních typů podle C. Hakim [Hakim 2000], baterii postojů k rodičovství a adoptivnímu rodičovství a baterii výroků, týkajících se odlišných postojů k rodičovství u mužů a žen.

Koncept preferenčních typů zavedla do sociologie C. Hakim [2000] ve snaze klasifikovat empiricky zjištěnou strukturu postojů k rodičovství ve vztahu k placené práci. Zkoumané ženy rozčlenila do tří skupin podle preference rodičovství (orientovaná na rodinu), zaměstnání (orientovaná na práci) nebo nevyhraněnosti (žena s kombinovanou orientací). Tato typologie je zkonstruována pouze pro ženy, nicméně my podle ní budeme klasifikovat také odpovědi mužů ve snaze zohlednit vliv preferencí partnerky na jejich odpovědi.¹⁹ V obou polích grafu jsou tedy odpovědi mužů (graf 6a) i žen (graf 6b) tříděny pouze podle preferenčního typu ženy. V tomto případě sice nemůžeme interakce sledovat v obou směrech a srovnat jejich vliv, nicméně nalézáme překvapivě silné rozdíly u mužů (s výjimkou adopce). U žen nejsou odpovědi podle preferenčních typů významně strukturovány, až na adopci, kde naopak vliv nalézáme.

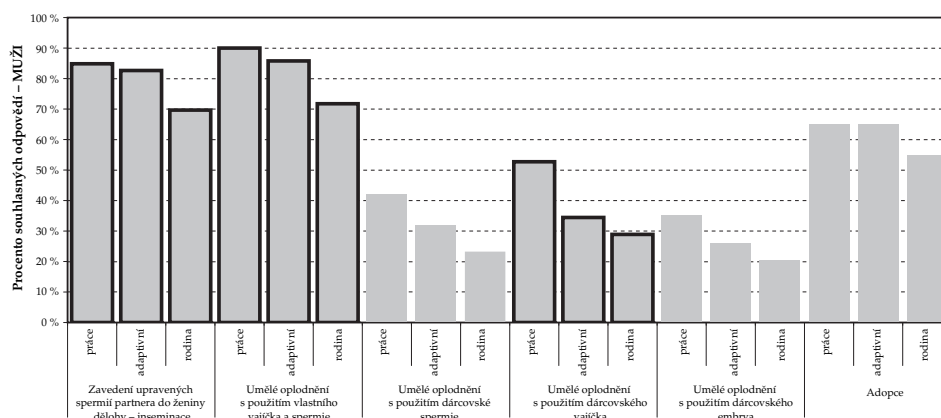
Dalším překvapením je směr souvislosti. Jsou to spíše partneři žen (nebo ženy samotné) s orientací na zaměstnání, kteří se častěji kloní k souhlasným odpovědím u jednotlivých řešení neplodnosti. Při kontrole pro vzdělání tento vztah nemizí.²⁰

Další postojové otázky byly sdruženy ve dvou bateriích. První z nich se tematicky dotýká hodnocení biologicky vlastního a nevlastního rodičovství. Z ta-

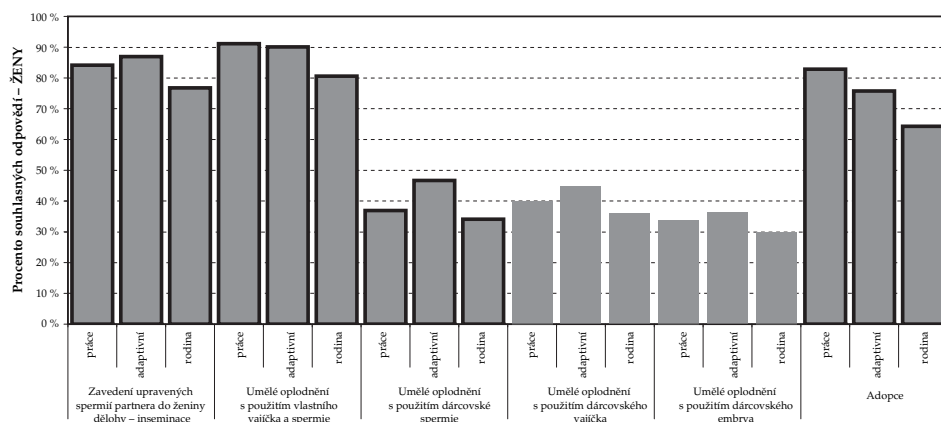
¹⁹ Typologie je konstruována na základě tří indikátorů, jimiž je (1) preference rodinného modelu vzhledem k uspořádání genderových rolí, (2) kdo je hlavním živitelem rodiny – tedy výše výdělků vzhledem k partnerovi, a (3) pracovní závazky ženy – tedy její participace na trhu práce. Blíže k typologii viz Hakim [2000].

²⁰ Existuje totiž předpoklad, že typologie C. Hakim koreluje se vzděláním (což je pravda), které má zase vliv na volbu jednotlivých řešení neplodnosti. I uvnitř vzdělanostních kategorií však vztah nemizí.

Graf 6a. Akceptace jednotlivých opatření podle preferenčních typů ženy – odpovědi mužů



Graf 6b. Akceptace jednotlivých opatření podle preferenčních typů ženy – odpovědi žen



Pramen: MPR 2005.

Poznámka: N=418 – 695.

bulky 1 je patrné, že indexy se rozpadají do dvou (u žen do tří) faktorů a jejich reliabilita nedosahuje doporučené hodnoty a nedosáhla by jí ani při redukci indexu na položky z jedné dimenze faktorové analýzy. Vzhledem k testům validity a reliability nemůžeme všechny položky využít ve formě součtového indexu, proto budeme zkoumat vliv jednotlivých postojů na zvažovaná řešení neplodnosti.

První čtyři (u žen tři) výroky spojuje odmítání biologicky nevlastního rodičovství. První dva z nich také významně, nicméně ne příliš silně záporně korelují

Tabulka 1. Parametry validity a reliability u baterie postojů k řešení neplodnosti

položka baterie	% souhlasných odpovědí		příslušnost k faktoru		změna α při odstranění položky	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
a) Adoptované dítě nikdy nedá člověku to, co dítě vlastní.	35,7	25,6	1	1	0,534	0,472
b) Muž přijímá adoptované dítě hůře než žena.	33,4	35,9	1	1	0,528	0,466
c) Touha mít vlastního potomka je pro muže záležitostí jeho hrdosti.	63,4	65,3	1	1	0,580	0,486
d) Pokud žena neprožije těhotenství, je o mnoho ochuzena.	54,5	66,6	1	2	0,597	0,550
e) Je možné prožít plnohodnotný a šťastný život i bez dětí.	28,5	24,6	2	2	0,668	0,626
f) To, že partner/ka nemůže mít vlastní děti, je jeden z důvodů pro ukončení vztahu.	19,2	21,6	2	3	0,533	0,475
g) To, že se partneři neshodnou na způsobu řešení neplodnosti (adopce, umělé oplodnění apod.), může být důvodem pro ukončení vztahu.	39,2	49,9	2	3	0,586	0,540

Pramen: MPR 2005.

Poznámka: N=807, 808. Vyčerpaný rozptyl FA 51 % (muži) 64 % (ženy), KMO = 0,662; 0,629. Celkové Cronbachovo α = 0,617; 0,560. Ve všech prezentovaných modelech faktorové analýzy používáme rotaci Varimax a hodnota signifikance Bartlettova testu je nižší než 0,001.

s akceptací adopce jako řešení neplodnosti.²¹ Ostatní volby však těmito postoji nejsou významně ovlivněny. Oproti očekávání se neprojevuje ani souvislost výroků o mužské hrdosti (položka c) a postojů k procedurám využívajícím dárcovských spermií, vajíček, či embrya. Významně je tedy ovlivněna pouze volba adopce, a to pouze prvními čtyřmi položkami v baterii, přičemž nejsilnější vliv má samozřejmě první výrok. Zajímavé však je, že tento výrok negativně koreluje (slabě, ale systematicky) i s volbou ostatních řešení, a to zejména v odpovědích mužů. Je možné, že takto odpovídají respondenti, kteří odmítají jakýkoliv zásah do „přirozeného“ rodičovství, nebo kteří nejsou k rodičovství motivováni. Pokud jsou odpovědi strukturovány z hlediska kombinace charakteristik v páru, jedná se spíše o vliv postojů respondenta(ky) samotného(ho) než jeho (její) partnera(ky).

²¹ Hodnoty Kendallova Tau b se zde pohybují mezi 0,2 a 0,4, signifikantní na hladině 0,05. V tomto případě má silnější vliv postoj respondenta samého než postoj partnera(ky).

Tabulka 2. Parametry validity a reliability u baterie postojů k rodičovství

položka baterie	% souhlasných odpovědí		příslušnost k faktoru		změna α při odstranění položky	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
a) Mít dítě je nezbytné pro psychickou pohodu ženy.	77,8	78,1	1	1	0,613	0,563
b) Mít dítě je nezbytné pro psychickou pohodu muže.	65,6	60,0	1	1	0,614	0,572
c) Pokud muž nemůže mít vlastní dítě, je to pro něj těžší než pro jeho partnerku.	34,2	32,6	1	1	0,697	0,680
d) Pokud žena nemůže mít vlastní dítě, je to pro ni těžší než pro jejího partnera.	53,0	61,1	1	1	0,693	0,632
e) Mateřská láska je cit, který se nedá ničím nahradit.	87,0	91,7	2	2	0,665	0,621
f) Otcova role je při výchově dětí nezastupitelná.	84,1	82,6	2	2	0,667	0,648

Pramen: MPR 2005.

Poznámka: N=795, 797. Vyčerpaný rozptyl FA 60 % (muži), 57 % (ženy), KMO = 0,645; 0,567. Celkové Cronbachovo α = 0,699; 0,664.

V tomto případě tedy výraznější projevy párové dynamiky nenalézáme. Pravděpodobně také proto, že vzdělání a náboženství mají tendenci statusově a kulturně určovat prostředí v rodině více než postoje obou partnerů. Výroky ve druhé baterii se týkají rozdílných postojů k rodičovství u mužů a žen (tabulka 2). Při kontrole faktorovou analýzou je patrné rozlišení dvou dimenzí, tentokrát shodně u žen i mužů. První faktor zahrnuje položky týkající se nezbytnosti rodičovství, položky druhého faktoru spojuje pohled na důležitost rolí obou rodičů.

V tomto případě můžeme hypotézu o jejich vlivu vyloučit se dvěma výjimkami. Očekávali bychom zejména vliv postojů, které podmiňují psychickou pohodu rodičovstvím, nicméně poněkud překvapivě jsou to výroky „Mateřská láska je cit, který se nedá ničím nahradit“ a „Otcova role je při výchově dětí nezastupitelná“, které sice slabě, ale zvyšují pravděpodobnost kladného postoje k umělému oplodnění s použitím vlastního vajíčka a spermie.²² Silněji se tento vliv projevuje u mužů (viz tabulku 2).

²² Hodnoty Kendallova Tau b se zde pohybují mezi 0,17 a 0,24, signifikantní na hladině 0,05.

Vzhledem k tomu, že vlivy jednotlivých postojů na volbu řešení problémů s neplodností jsou minimální, neprojevují se ani v případě celkového počtu zvažovaných řešení. Lze tedy říci, že se nám nepodařilo v dostupných datech nalézt žádnou výraznější strukturu postojů, jež by tyto volby ovlivňovaly.

Závěr

Neplodnost je problémem, který se v české populaci týká asi 15% párů v reprodukčním věku. Jejich počet však má v budoucnu podle mnoha odhadů narůstat – stále více párů se tak ocitne v přímé konfrontaci s různými způsoby řešení neplodnosti, ať už se jedná o pokročilé techniky asistované reprodukce, adopci, nebo smíření se s bezdětným životem. Cílem naší analýzy bylo prostřednictvím dat z výběrového šetření „Manželství, práce, rodina“ identifikovat postoje, které čeští muži a ženy k různým řešením neplodnosti zaujímají, a faktory, jež tyto postoje ovlivňují a strukturují, ptát se, do jaké míry akceptaci jednotlivých metod asistované reprodukce a adopce ovlivňují sociální charakteristiky zúčastněných, jejich individuální postoje, nebo postoje partnera/partnerky.

Generalizace těchto závěrů je limitována statistickým omezením, daným způsobem výběru zkoumané populace. Při interpretaci dat je třeba mít také na paměti, že se pro většinu respondentů jednalo o teoretické úvahy, zkoumali jsme obecnou populaci, nikoli účastníky adopčního řízení nebo klienty center asistované reprodukce. Respondenti se vyjadřovali k tomu, jaké způsoby řešení by zvažovali v případě problémů s plodností, kladný postoj k různým způsobům řešení však nemusí souviset s reálným jednáním. Je známo, že při výzkumu témat, která mají morální aspekt (jako tomu v případě adopce a asistované reprodukce nepochybně je), mají respondenti tendenci zastávat takové názory, které považují za správné nebo očekávané. Výsledky můžeme považovat za validní, pokud je budeme interpretovat jako výpověď o postojích obecné populace k různým řešením neplodnosti.

První část analýzy hledala determinanty postojů k adopci a asistované reprodukci mezi vnějšími charakteristikami respondenta. Významný vliv byl nalezen v případě vzdělání – vzdělanější respondenti jsou otevřenější metodám asistované reprodukce (u žen to platí více než u mužů). Může to souviset s jejich větší obeznámeností s těmito metodami, stejně jako s jejich vstřícnějším postojem k vyspělým medicínským technologiím. Částečně se potvrdil také předpokládaný vliv náboženství: u žen i u mužů náboženské založení koreluje s kladným postojem k adopci a záporným postojem k umělému oplodnění, používajícím dárcovské buňky. U umělého oplodnění s využitím vlastních buněk budoucího otce i matky jsou však rozdíly v postojích věřících i nevěřících respondentů minimální, přestože oficiální stanovisko církve je zamítavé ke všem metodám asistované reprodukce. Naopak žádný vliv na postoje k adopci a asistované reprodukci nebyl prokázán v případě věku nebo rodičovské zkušenosti respondenta.

Z hlediska vnitřních determinantů (tedy postojových vzorců respondenta) jsme zjišťovali vliv preferenčního typu žen [Hakim 2000] na jejich a partnerův negativní postoj k adopci a různým metodám asistované reprodukce. Naše zjištění jsou zdánlivě paradoxní: ze tří skupin žen (orientované na práci, orientované na kariéru a kombinované) jsou to spíše ženy s orientací na zaměstnání (a partneři žen orientovaných na zaměstnání), kteří by zvažovali nejvíce řešení neplodnosti.²³ Můžeme to vysvětlit skutečností, že se jedná o subpopulaci, která realizuje svou plodnost později než lidé orientovaní na rodinu, s riziky neplodnosti (případně s jejími řešeními) jsou konfrontováni (ať už teoreticky, nebo osobně, případně skrze zkušenost zprostředkovanou v rámci vlastních sociálních sítí) více, jsou více obeznámeni s jednotlivými způsoby řešení neplodnosti, a jsou tedy i teoreticky ochotnější k jejich přijetí.

Preference adopce nebo různých metod asistované reprodukce ukazuje na preferenci určitého typu rodičovství a její propojení s obecnějšími postoji k rodičovství či bezdětnosti by mohlo ukázat, jaké charakteristiky rodičovství českí muži a ženy považují za klíčové. Analýza předpokládaného vlivu obecnějších postojů k rodičovství na teoretickou volbu řešení problémů s neplodností však neprokázala existenci vzájemné vazby. Zdá se, že pro respondenty jsou výroky o obecných představách rodičovství od postojů k řešení neplodnosti vzdáleny: například souhlas s výrokem, že pro muže je mít biologicky vlastní dítě záležitostí jeho hrdosti, nekoreluje s nesouhlasnými postoji k metodám asistované reprodukce, které biologickou vazbu muže a jeho potomka narušují. Negativní výroky o adoptivním rodičovství (ve srovnání s rodičovstvím biologickým) sice pozitivně korelovaly s nesouhlasem s adoptí jako způsobem řešení neplodnosti, zároveň ale i s nesouhlasem s jinými způsoby, včetně metod asistované reprodukce zachovávajících biologickou spřízněnost mezi rodiči a potomkem. Spíše než na nadřazování biologického rodičovství rodičovství adoptivnímu ukazují (zejména v případě mužů) na ochotu rezignovat na jakékoli rodičovství a v případě problémů s plodností zůstat bezdětným. Významnější struktura postojů, které by ovlivňovaly preference způsobů řešení neplodnosti, v datech nalezena nebyla.

Zajímavá zjištění přinesla analýza párové dynamiky v rámci postojů. Analýza vnějších determinantů postojů k řešení neplodnosti ukázala, že v některých případech jsou postoje více než vlastními charakteristikami respondenta ovlivněny charakteristikami partnera – přesněji, charakteristiky partnerů žen vstupují do postojů respondentek výrazněji než charakteristiky jich samotných. U odpovědí žen jsme sledovali diferenciaci podle vzdělání i náboženského postoje partnera, která je ve všech případech systematictější a výraznější než podle vzdělání

²³ K podobně paradoxním závěrům dospěla ve své studii reprodukčních voleb mužů a žen Thompson [1997] – ženy s rovnostářštějšími postoji ve vztahu k rodině vykazovaly větší pravděpodobnost početí potomka než ženy orientované na tradiční rozdělení rolí. Její vysvětlení předpokládá, že tyto ženy na rozdíl od žen tradičně orientovaných počítají s větším podílem partnera v péči o děti a domácnost, a jsou tedy rozšiřování rodiny více nakloněny.

nebo náboženského postoje ženy samotné. Platí-li tedy, že vzdělanější respondenti jsou nakloněni více způsobům řešení neplodnosti, nebo že nábožensky založení respondenti častěji volí adopci, bude to silněji platit pro partnerky mužů těchto charakteristik než pro ženy samotné. Opačný směr vlivu postojů partnera – v tomto případě postojů partnerky na postoje partnera – jsme zaznamenali ve dvou případech – u postoje k adopci podle religiozity a u třídění podle preferenčního typu (typologie Hakim).

Konfrontovat tato zjištění s jinými výzkumy je obtížné z několika důvodů: párová dynamika je ve stávajícím zkoumání analyzována jen ve vztahu k reprodukci (zejména reprodukčním intencím a reprodukčnímu nebo antikoncepčnímu chování), nikoli ve vztahu k problémům s početím, jak tomu bylo v našem případě. Proměnné týkající se jednoho z partnerů, které se ukázaly jako významné v rámci párové dynamiky (vzdělání a náboženství), nejsou ani ve výzkumech reprodukce zkoumány ve vztahu k postojům druhého partnera, tak jak tomu bylo v našem výzkumu. Výsledky výzkumů reprodukce navíc nejsou jednoznačné ani v oblasti párové dynamiky. Když Thomson [1997] zkoumala vliv přání partnera na udávané reprodukční strategie páru, zjistila opačný efekt: každý z partnerů deklaruje reprodukční intence více s ohledem na vlastní přání než na přání partnera. Miller a Pasta [1996] naopak uvádějí, že partneři své předpoklady o přání partnera do vlastních reprodukčních záměrů zahrnují. Jejich analýza reprodukčních intencí a výsledné reprodukce několika stovek párů ukázala, že v případě prvního dítěte jsou to spíše ženy, na jejichž přání berou muži ohled (což pravděpodobně souvisí s větším dopadem rodičovství na život ženy), co se týče dalších dětí, ženy naopak zohledňují více přání partnera než své preference.

Hypotetická vysvětlení našich zjištění mohou být formulována takto: rodičovství a rodina je ženskou sférou vlivu [Thompson 1997], ženu rodičovství zasahuje více, žena je zvyklá o této sféře rozhodovat za oba partnery. Její rozhodnutí v sobě tedy zahrnuje i předpoklad postoje jejího partnera.

Alternativní vysvětlení počítá s předpokladem, že žena k realizaci svých reprodukčních intencí potřebuje partnerovu spoluúčast ve formě sociálního, psychického i materiálního zázemí (a obzvlášť to platí v případě řešení problémů s neplodností²⁴). Tuto podporu by mohla ztratit, kdyby se snažila své reprodukční záměry realizovat bez ohledu na partnerovo přání. Je pro ni tedy výhodné partnerovy reprodukční intence znát a respektovat je. Na druhé straně však analýza ukázala, že postoje samotných mužů nejsou strukturovány do té míry, v jaké jsou odpovědi žen charakteristikami mužů ovlivněny. Postoje žen jsou tedy charak-

²⁴ České zákony neumožňují, aby žena podstoupila inseminaci nebo umělé oplodnění bez písemného souhlasu manžela/partnera, který se musí zavázat, že v případě otěhotnění bude evidován jako biologický otec dítěte (bez ohledu na případné použití dárcovských spermií nebo embrya). Kromě právní spoluúčasti je k podstoupení asistované reprodukce často nutná také partnerova spoluúčast finanční, stejně jako psychická podpora a konkrétní pomoc (mnoho mužů partnerkám injekčně aplikuje léky nutné pro hormonální stimulaci před zákrokem, doprovází ji na vyšetření atd.).

teristikami jejich partnerů ovlivněny bez ohledu na to, zda samotní muži tyto postoje zastávají.

Skutečnost, že ženy promítají charakteristiky (související s postoji) partnerů do svých vlastních postojů, může být zajímavým impulzem pro další zkoumání párové dynamiky v oblasti reprodukčního chování. Vliv reprodukčních strategií partnerů je třeba zkoumat nejen skrze jejich individuální postoje (jak tomu obvykle je ve výzkumech reprodukce, zabývajících se vlivy párové interakce na plodnost páru), protože je zřejmé, že ty už mohou (zejména v případě žen) obsahovat anticipaci postojů druhého partnera nebo být jimi významně ovlivněny.

LENKA SLEPIČKOVÁ je studentkou doktorského studijního programu sociologie na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity a pracovnící Institutu pro výzkum integrace a reprodukce při téže fakultě. Věnuje se sociologickým aspektům adopce a asistované reprodukce.

PETR FUČÍK v současnosti studuje doktorský studijní program sociologie na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně, je zaměstnancem Institutu pro výzkum reprodukce a integrace společnosti při téže fakultě. Jeho výzkumným zájmem je sociologie rodiny, rozvodovost.

Literatura

- van den Akker, O. B. A. 2001. „The Acceptable Face of Parenthood.“ *Psychology, Evolution & Gender* 3 (2): 137–153.
- Batsedis, O. 2003. „Embryo Adoption. A Science Fiction or an Alternative to Traditional Adoption?“ *Family Court Review* 41 (4): 565–579.
- Bittner, P., J. Havigerová, I. Janišová, H. Langhansová. 2007. „Děti z ústavů.“ [online]. Praha: Liga lidských práv [cit. 13. 5. 2008]. Dostupné z: <http://www.llp.cz/_files/file/deti_z_ustavu.pdf>.
- Česká tisková kancelář. 2008. „Počet neplodných párů a umělých oplodnění v ČR roste.“ [online]. Praha: ČTK [cit. 13. 5. 2008]. Dostupné z: <http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/6749_26638.html>.
- Český statistický úřad. 2008. „Pohyb obyvatelstva v českých zemích 1920–2007, analytické údaje.“ [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 23. 4. 2009]. Dostupné z: <[http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/c5cfcbca9de6e905c125723a004180a6/70205e505233c01cc12570820040b7e7/\\$FILE/oby03.xls](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/c5cfcbca9de6e905c125723a004180a6/70205e505233c01cc12570820040b7e7/$FILE/oby03.xls)>.
- Hakim, C. 2000. *Work-Lifestyle Choices in the 21st Century: Preference Theory*. New York: Oxford University Press.
- Hašková, H., L. Zamykalová. 2006. „Mít děti – co je to za normu? Čí je to norma?“ *Biograf* 11 (40–41): 3–53.
- Jan Pavel II. 1995. „Encyklika Jana Pavla II. O životě, který je nedotknutelné dobro.“ [online]. Praha: Zvon [cit. 13. 5. 2008]. Dostupné z: <<http://www.kebrle.cz/katdocs/EvangeliumVitae.htm>>.
- Jonas, B. W. et al. 2007. *IFFS Surveillance 2007. Supplement to Fertility and Sterility* 87 (4, sup. 1).

- Katechismus katolické církve. 1995. Praha: Zvon.
- Kirkman, M. 2001. „Thinking of Something to Say: Public and Private Narratives of Infertility.“ *Health Care for Women International* 22 (6): 523–535.
- Konečná, H. 2003. *Na cestě za dítětem. Dvě malá křídla*. Praha: Academia.
- Kučera, T. 2006. „Demografické trendy v České republice.“ Příspěvek přednesený na konferenci *Jaké je místo neplodnosti v kontextu propopulační politiky*. Praha, 1. 3. 2006.
- Letherby, G. 2002. „Challenging Dominant Discourses: Identity and Change and the Experience of ‚Infertility‘ and ‚Involuntary Childlessness‘.“ *Journal of Gender Studies* 11 (3): 277–288.
- Lorber, J. 1989. „Choice, Gift or Patriarchal Bargain: Women’s Consent to In Vitro Fertilization in Male Infertility.“ *Hypatia* 4 (3): 23–36.
- Miall, C. E. 1987. „The Stigma of Adoptive Parent Status: Perceptions of Community Attitudes toward Adoption and the Experience of Informal Social Sanctioning.“ *Family Relations* 36 (1): 34–39.
- Miall, C. E. 1994. „Community Constructs of Involuntary Childlessness: Sympathy, Stigma, and Social Support.“ *Canadian Review of Sociology and Anthropology* 31 (4): 392–421.
- Miller, W. B., D. J. Pasta. 1996. „Couple Disagreement: Effects on the Formation and Implementation of Fertility Decisions.“ *Personal Relationships* 3 (3): 307–336.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2007. „Adopce jsou pod drobnohledem úřadů.“ [online]. Praha: MPSV [cit. 13. 5. 2008]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/4283>>.
- Mrázek, M. 2006. „Příčiny neplodnosti.“ Příspěvek přednesený na konferenci *Jaké je místo neplodnosti v kontextu propopulační politiky*. Praha, 1. 3. 2006.
- Ministerstvo vnitra České republiky. 2007. „Hodnocení systému péče o ohrožené děti.“ [online]. Praha: MVČR [cit. 13. 5. 2008]. Dostupné z: <<http://web.mvcr.cz/archiv2008/dokument/2007/prevence/mladez1016.html>>.
- Rabušic, L. 2001. *Kde ty všechny děti jsou? Porodnost v sociologické perspektivě*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Ragoné, H., S. K. Willis. 2000. „Reproduction and Assisted Reproductive Technologies.“ Pp. 308–322 in G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick, S. C. Scrimshaw (eds.). *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London: Sage.
- Slepičková, L. 2007. „Vajíčko, spermie, zkumavka... a gender. Postoje českých žen a mužů k asistované reprodukci a adoptivnímu rodičovství.“ *Gender, rovné příležitosti, výzkum* 8 (2): 68–75.
- Středisko náhradní rodinné péče. 2006. „Mezinárodní organizace kritizují ČR za trvale vysoký počet dětí vyrůstajících v ústavní péči. Tisková zpráva SNRP.“ [online]. Praha: Středisko náhradní rodinné péče [cit. 13. 5. 2008]. Dostupné z: <http://www.nahradnirodina.cz/attach/tiskova_zprava_20-06-2006.pdf>.
- Thomson, E. 1997. „Couple Childbearing Desires, Intentions and Births.“ *Demography* 34 (3): 343–54.
- Vláda České republiky. 2007. „Ministr Petr Nečas představil plán transformace systému péče o ohrožené děti. Tisková zpráva.“ [online]. Praha: Vláda České republiky [cit. 13. 5. 2008]. Dostupné z: <<http://www.vlada.cz/scripts/detail.php?id=33420>>.
- Webb, R. E., J. C. Daniluk. 1999. „The End of the Line. Infertile Men’s Experiences of Being Unable to Produce a Child.“ *Men and Masculinities* 2 (1): 6–25.
- Wegar, K. 2000. „Adoption, Family, Ideology, and Social Stigma: Bias in Community Attitudes, Adoption Research, and Practice.“ *Family Relations* 49 (4): 363–370.
- Whiteford, L. M., L. Gonzalez. 1995. „Stigma: the Hidden Burden of Infertility.“ *Social Science and Medicine* 40 (1): 27–36.